

VU Research Portal

Spoedeisende psychiatrie in een grote stad als New York

Mulder, W.; Tuinebreier, W.; van den Eijnden, E.; Zegerius, R.; Dekker, J.J.M.

published in

MGV. Maandblad geestelijke volksgezondheid
2006

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Mulder, W., Tuinebreier, W., van den Eijnden, E., Zegerius, R., & Dekker, J. J. M. (2006). Spoedeisende psychiatrie in een grote stad als New York. *MGV. Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 61(6), 535-544.
http://vb23.bsl.nl/frontend/index.asp?custom_product_id=0024-8576

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Spoedeisende psychiatrie in New York

In grote steden is psychiatrische ontregeling aan de orde van de dag. Kunnen Nederlandse crisisdiensten een voorbeeld nemen aan de ER's in een wereldstad als New York? Of moeten we vrezen voor Amerikaanse toestanden?

De spoedeisende psychiatrie in Amsterdam is in de afgelopen jaren ingrijpend veranderd, deels in reactie op kritiek. De politie, de GGD en de gemeente vonden het onaanvaardbaar dat patiënten, voordat zij werden onderzocht of opgenomen in een ziekenhuis, lang in een politiecel verbleven. Ook vond men dat de drie GGZ-instellingen te versnipperd werkten, dat ze geen oog hadden voor stedelijke problemen en geen gemeenschappelijke visie op de zorg voor psychiatrische crisisgevallen. Patiënten ondervonden veelal de nadelen van dit gebrek aan samenhang.

Sinds 2001 hebben de drie GGZ-instellingen in Amsterdam (in samenspraak en in samenwerking met gemeente, politie en GGD) de plaatselijke spoedeisende psychiatrie meer samenhang gegeven. Zo breidden ze de vijf afdelingen voor acute opnames uit met een 'bufferafdeling': de Tijdelijke Overbruggings Afdeling (TOA; zie Mulder e.a., 2005). Ook voegden ze hun afzonderlijke crisisdiensten gedeeltelijk samen tot één dienst voor de gehele stad: de Spoedeisende Psychiatrie.

Tijdens het ontwikkelen van deze plannen en projecten bezochten wij (medewerkers van de GGZ en de GGD) in 2004 New York om te zien hoe de spoedeisende psychiatrie daar georganiseerd is. In dit artikel vertellen we eerst over onze indrukken van de spoedeisende psychiatrie in New York City, en daarna bespreken we een aantal overeenkomsten en verschillen tussen daar en hier. Hoe organiseert een stad met meer dan veertien miljoen inwoners zijn acute psychiatrie? Wat kunnen wij daarvan leren?

De gezondheidszorg in de staat New York

In 2000 telde de staat New York ongeveer negentien miljoen inwoners, van wie zo'n acht miljoen woonden in New York City (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Richmond, en Queens) – en daarvan weer zo'n anderhalf miljoen in het stadscentrum Manhattan en Brooklyn (Stone, 2001). Jaarlijks behandelt de geestelijke gezondheidszorg ongeveer vierhonderdduizend volwassenen en honderdduizend jeugdigen. Bij de volwassenen gaat het in 40% van de gevallen om schizofrenie en in 36% om stemmingsstoornissen. Bij de jeugdigen gaat het in 25% van de gevallen om ADHD, in 19% om gedragsstoornissen en in 15% om stemmingsstoornissen. De meeste patiënten worden ambulantly behandeld door behandelaars werkzaam in *outpatient* of *community support* programma's. De meeste patiënten (68%) worden behandeld in een *outpatient* programma. Ongeveer 9% wordt intramuraal behandeld, meestal in het nog steeds groot opgezette State Hospital. Slechts 6% van de patiënten (altijd nog dertigduizend) wordt ingeschreven op een *emergency*-afdeling; van daaruit kunnen ze worden opgenomen of ze krijgen daar een kortdurende behandeling. Opnames vinden plaats in het eigen ziekenhuis of, als er sprake is van een (licht) vergrijp, op een forensische afdeling. Jaarlijks besteden verzekeraars in de staat New York ongeveer 4,2 miljard dollar aan de geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer honderd miljoen daarvan wordt uitgegeven aan Emergency afdelingen. Wij gingen op bezoek bij drie *psychiatric emergency services*, alias *emergency rooms* (ER) in Manhattan.

De organisatie van de Psychiatric Emergency Service in New York

In de VS komen drie soorten psychiatrische ER's voor, zo vertelde Jorge Petit, een van de oprichters van een New Yorkse ER (Petit, 2004). Elk van deze is verbonden aan een algemeen ziekenhuis en werkt ongeveer als de eerste hulp van een algemeen ziekenhuis. Er zijn in Amerika ook ziekenhuizen zonder aparte psychiatrische ER; daar roept men zonnodig een psychiater op.

Het oudste en kleinste model zagen we in het North General Hospital: een algemeen ziekenhuis in het noordoosten van Central Park, aan de rand van de 'zwarte' wijk Harlem (www.northgeneral.org). North General gaf als een van de eerste ziekenhuizen de spoedeisende psychiatrie een plek op de eerste hulp. In vergelijking met de andere ziekenhuizen kent het het minst aantal gevallen per 24 uur. De psychiatrische onderzoeksruimte is gelokaliseerd in de eerste hulp. Het betreft een psychiatrisch gespecialiseerde eerste hulp. Een tweede psychiatrisch ER-model wordt toegepast door de afdeling Psychiatrie van Mount Sinai Hospital, een groot algemeen ziekenhuis

aan Central Park (www.mountsinai.org). Hier is de psychiatrische onderzoeksruimte apart van de rest van de eerste hulp gelokaliseerd, met een eigen ingang en eigen beveiliging. Dit is meer een psychiatrische eerste hulp. Het derde en meest uitvoerige model, het Comprehensive Psychiatric Emergency Program, zagen we in de afdeling Psychiatrie van het Bellevue Hospital: een groot ziekenhuis aan de Lower East Side (<http://www.med.nyu.edu/emergency/facilities/bellevue/bellevue—cpep.html>).

Er zijn in NYC achttien ziekenhuizen die een van de bovengenoemde vormen van Psych ER hebben. Dit is volgens Petit voldoende om de stroom van psychiatrische crisisgevallen in de vijf wijken van de stad (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Richmond, en Queens) op te vangen.

In principe maakt elke Psychiatrische ER deel uit van de Eerste Hulp van het betreffende ziekenhuis. Patiënten worden door ambulancepersoneel of politie gebracht of komen zelf (al dan niet met familie) binnenlopen. Een algemeen verpleegkundige, de *triage nurse* bepaalt op basis van een kort gestructureerd onderzoek voor welk specialisme de patiënt in aanmerking komt: een gat in het hoofd is voor chirurgie, stemmenhoren voor psychiatrie. In dat laatste geval wordt de patiënt ontkleed, gefouilleerd, in ziekenhuis-kleding gestoken en naar een aparte ruimte op de ER gebracht voor een tweede onderzoek, nu door een eerste hulp-verpleegkundige. Aan de hand van een protocol doet hij of zij een uitgebreide somatische *screening*. Bij moeilijkheden kan de verpleegkundige een psychiater consulteren. Is er sprake van somatische comorbiditeit, dan stuurt men de patiënt soms eerst naar de algemene eerste hulp. Het personeel van de Psych ER kan echter veel somatische aandoeningen zelf behandelen. Als een patiënt agressief is, wordt hij of zij bewaakt en krijgt medicatie, die de verpleegkundige kan toedienen. Soms wordt een patiënt met riemen aan het bed gebonden. Op de ER is veelal een separeerruimte aanwezig.

Tabel 1 Verschillen tussen de drie ER's in New York

	NGH	MS	BVH
Aantal crisisopnames per maand	100 à 120	250	650
Duur van het verblijf op de ER	1 dag	1 dag	3 dagen
Aantal ruimten	1 grote ruimte	4 wacht- behandelkamers	2 afdelingen
Eigen bedden voor de nacht	0	0	12
Andere psychiatrieafdelingen in het ziekenhuis	0	3	4

NGH = North General Hospital

MS = Mount Sinai Hospital

BVH = Bellevue Hospital

Als de patiënt een arrestant is dan blijft de politie (zelfs als het gaat om een gering vergrijp) bij het consult. Daarna wordt hij of zij meestal ingesloten in een politiecel of, als opname geïndiceerd is, naar een forensische afdeling. In MS spraken we met Jorge Petit, in BVH met Elliott en in NGH met M. Chilakapati. In de volgende paragrafen schetsen we onze indrukken.

Gespecialiseerde Eerste Hulp (North General Hospital)

Dit model is waarschijnlijk de eenvoudigste en goedkoopste vorm van een Psych ER. Er is altijd ten minste één psychiatrische medewerker aanwezig: overdag een arts-assistent, buiten kantooruren een psychiatrisch verpleegkundige. Overdag is de dienstdoende psychiater aanwezig in het ziekenhuis; buiten kantooruren is hij of zij oproepbaar. Bij het North General Hospital komen de meeste crisispatiënten zelf binnenlopen. Vaak worden ze gebracht door hun familie, door een maatschappelijk werker, of worden ze gestuurd door een andere behandelaar. Ze zoeken psychiatrische crisishulp en weten dat deze dienst bestaat. De Psych ER van NGH heeft geen eigen bedden. Na de eerste crisisopvang worden patiënten ontslagen óf ze worden doorgestuurd naar een andere voorziening. Dit kan betekenen dat ze worden opgenomen (het NGH heeft een eigen psychiatrische afdeling en een afdeling voor verslavingsziekten) maar ook dat ze worden doorverwezen naar een crisisteam.

Psychiatrische Eerste Hulp (Mount Sinai Hospital)

Het tweede ER-model lijkt, in organisatie, op de ER van het North General Hospital. De Psych ER maakt deel uit van de algemene eerste hulp, maar in plaats van één kamer en één dienstdoende of arts is er een aparte Psych ER-ruimte met een eigen entree, een eigen wachtkamer, eigen staf en eigen beveiliging. Een kleine wachtkamer geeft toegang tot de Psych ER. In deze wachtkamer zit een bewaker achter kogelwerend glas. Met behulp van een wandtelefoon kunnen bezoekers hem de reden van hun komst vertellen. In de onderzoeksruimte is plaats voor vier brancards tegenover een verpleegpost met een glazen wand. Het geheel is klein en benauwd. De artsen maken veelvuldig gebruik van sederende medicatie. Opvallend is ook dat de statusvoering uitermate zwak is: er is één kast die te klein is voor de statussen van de drieduizend patiënten die hier per jaar komen. Ook als patiënten niet voor het eerst komen, legt het personeel nauwelijks een dossier over hen aan. Dit staat in schril contrast met alle andere strenge regels waaraan behandelaars zich moeten houden.

Op de Psych ER worden de patiënten gefouilleerd, met een metaaldetector onderzocht, en krijgen ze (ongeacht wat er met hen aan de hand is) direct een ziekenhuispyjama aan. Al hun bezittingen worden opgeborgen in een tas, 'for a safer environment'.

De honderd ‘psychiatrische’ bedden in het ziekenhuis (naast die van de ER) zijn verdeeld over vier verschillende afdelingen: drie psychiatrische (een afdeling voor kort verblijf en twee afdelingen waar men patiënten eventueel langer kan opnemen) en een detox-afdeling. Dit alles is afgestemd met de duur van de dwangopnames. Alle afdelingen zijn gesloten afdelingen.

Comprehensive Psychiatric Emergency Program (Bellevue Hospital)

Het Bellevue Hospital is een *non-profit by profit* ziekenhuis: alle winst die het maakt wordt geïnvesteerd in het ziekenhuis zelf. Algemene ziekenhuizen hebben graag psychiatrische bedden, want deze worden voor vrijwel 100% betaald door Medicare en Medicaid. De dagprijs voor een psychiatrische opname is volgens onze zegslieden ongeveer \$800. Dat bedrag staat niet vast maar hangt af van het soort instelling en het type patiënt. Dit wordt het *prospective payment system* genoemd. De dagprijs kan hoger of lager uitpakken dan het landelijke tarief van \$575,95 naar gelang van de ligging van het ziekenhuis (stad of platteland), de aan- of afwezigheid van een eigen psychiatrische eerste hulp-afdeling en van een opleiding tot psychiater. Ook de diagnose speelt hierbij een rol. Zo wordt de bedprijs verhoogd met een factor 1,22 wanneer men vermoedt dat de patiënt vooral lijdt aan een psychiatrische stoornis. Zo’n verhoging is niet van toepassing als bij de patiënt al eerder een psychotische stoornis is vastgesteld. Ook de leeftijd van de patiënt speelt een rol, hoe ouder de opgenomen patiënt hoe hoger de index. Bovendien speelt de lengte van de opname een rol. Voor de eerste dag geldt een index van 1.31 die afneemt tot 0.99 op dag 21. Alle indices bij elkaar opgeteld vermenigvuldigt met de standaard dagprijs geeft het bedrag wat het ziekenhuis krijgt per patiënt per dag.

(www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/)

Bellevue gebruikt het Comprehensive Psychiatric Emergency Program (CPEP), dat alleen voorkomt in de staat New York. In New York City zijn 117 ziekenhuizen, waarvan acht grote. Twee van de grote ziekenhuizen werken met een CPEP. Zo’n programma bestaat uit vier componenten: a) Emergency Rooms, b) Extended Observation Unit, c) Mobile Crisis Team, en d) Crisis Residence.

Bij ons bezoek lijkt de Psyche ER precies op de ER van de gelijknamige tv-serie: het is net zo’n drukte. Het is echter nog veel armoediger. In de gang liggen vier patiënten op brancards zigzag achter elkaar. Niet één van hen is ‘wakker’; sommige missen een kledingstuk of schoen, liggen met ontbloot bovenlijf of in een vreemde houding. Ook in de aangrenzende kamers liggen patiënten op brancards. Veel ‘witte jassen’ en bewaking, en daar tussendoor zijn zwarte schoonmakers aan het dweilen.

De eigenlijke Emergency Room, waar de patiënt wordt onderzocht, telt zes bedden. De patiënt kan daar maximaal 24 uur blijven; daarna gaat hij of zij door naar de Extended Observation Unit. Wie na 72 uur nog niet is gestabiliseerd, wordt overgeplaatst naar de afdeling. Het ziekenhuis telt vierhonderd psychiatrische bedden, allemaal op een gesloten afdeling. De redenen voor verblijf op een ER zijn waarschijnlijk eerder financieel dan ideologisch van aard. Voor een psychiatrisch consult op een ER krijgt het ziekenhuis namelijk slechts enkele dollars, maar als het een patiënt opneemt dan kan het de eerdergenoemde \$800 in rekening brengen.

Het Mobile Crisis Team volgt ontslagen patiënten die een huis hebben totdat ze zijn overgedragen aan de nazorgteams. Het heeft echter niet, zoals de naam doet vermoeden, een *outreaching* functie en verleent ook geen nazorg; daarvoor zijn andere diensten. ‘Het mooie hiervan is,’ zegt dr Elliott, ‘dat wie een huis heeft weer naar huis kan gaan en door het mobiele team wordt gevolgd. Het team legt huisbezoeken af totdat iemand weer wordt toegewezen aan een kliniek, een programma of een arts.’

Dak- of thuislozen kunnen na de crisisinterventie naar één van de Crisis Residences: appartementen waar sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of maatschappelijk werkers toezicht houden. De patiënten kunnen hier dan blijven totdat er elders in de stad langetermijn-opvang is gevonden. Per week ziet men op de eerste hulp Psychiatrie ongeveer 150 patiënten. 60% wordt gebracht door ambulancepersoneel of de politie, vertelt Elliott, de overige 40% komt aanlopen. ‘De politie heeft een betrekkelijk lage drempel om iemand naar ons toe te brengen. Als de politie vermoedt dat er iets psychiatrisch of medisch aan de hand is, komen ze met iemand naar ons toe.’

De politie moet inschatten waar de persoon in kwestie naartoe moet. Agenten worden daar tijdens hun opleiding in getraind.

Het personeel van het Bellevue Hospital zorgt in de eerste plaats zelf voor de veiligheid, met steun van de speciale ziekenhuispolitie (New York City Health and Hospital Police Department), zodat de politie van de stad meestal niet meer hoeft te doen dan mensen afleveren en bij de registratie blijven. Elliott: ‘De NYPD heeft niet rechtstreeks met onze patiënten te maken. Een bepaald percentage van onze patiënten wordt aangeleverd door de NYPD, soms na arrestatie, soms alleen omdat ze onrustig zijn of onaangepast gedrag vertonen. Bij gearresteerden blijft de politie aanwezig, maar de opgewonden standjes en de onaangepasten dragen ze aan ons over en dan mogen wij het verder zelf uitzoeken.’ Zodra iemand is binnengebracht, valt hij onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Dat heeft speciaal getrainde politie in dienst. Er is altijd en overal een agent aanwezig die aan een tafel naast de ingang zit en zicht heeft op de wachtkamer, de registratieruimte en de gang naar observatiekamers. Wanneer de patiënt ook een arrestant, is het een

gedeelde verantwoordelijkheid voor zowel de NYPD als de ziekenhuispolitie.

De CPEP van het Bellevue Hospital wordt draaiende gehouden door ongeveer 70 FTE personeel. Zoveel personeel is er nodig om 24 uur per dag, zeven dagen per week service te verlenen aan psychiatrische crisisgevallen. ‘We nemen ze hier niet alleen maar aan en sluiten ze door, we doen ook veel aan behandeling,’ aldus Elliott. ‘s Nachts zijn er minder hulpverleners. Er is dan minder mogelijk, ook omdat de ER in veel gevallen afhankelijk is van andere ziekenhuisafdelingen en andere diensten in de stad.

541

New York versus Amsterdam

Wat kunnen wij nu leren van de acute psychiatrie in New York? We beseffen dat we ons oordeel voornamelijk baseren op de informatie van de leidinggevenden van de drie Emergency Rooms (waar mogelijk aangevuld met literatuur).

Allereerst is het belangrijk, dat er echt een Eerste Hulp is, waar patiënten 24 uur per dag terecht kunnen. In Amsterdam zijn er wel Eerste Hulp-afdelingen die een psychiater in consult kunnen roepen, maar de meeste psychiatrische crisisgevallen komen daar niet terecht. 2500 mensen worden jaarlijks thuis bezocht of worden door de politie naar een psychiatrische onderzoeksruimte gebracht. Belangrijk is ook dat de afdeling deel uitmaakt van een algemene Eerste Hulp. Alle medische disciplines zijn er vertegenwoordigd. Dat biedt voordelen bij ziektebeelden als delier, organische psychosyndroom en intoxicatie, en bij groepen met een verhoogde kans op somatische comorbiditeit (zoals bejaarden). Medische somatische zorg is altijd voorhanden en wordt veel sneller verleend dan in Nederland. In Amerika is die noodzaak mogelijk groter door een minder goed werkende basiszorg.

Ook gedwongen behandelen gaat anders in zijn werk. De eerste 72 uur na het consult mag het ziekenhuis (als de psychiater dat nodig vindt) de patiënt vasthouden. Gedurende dit gedwongen verblijf kan men hem of haar behandelen – en besluiten een aanvraag in te dienen tot een langere dwangopname. Na 72 uur is de procedure vergelijkbaar met een IB of RM in Nederland.

Een nadeel is ook in New York de grote hoeveelheid formaliteiten, en de papierwinkel die daaruit volgt. De in 1996 aangenomen *Health Insurance Portability and Accountability Act* bepaalt dat een ziekenhuis of afdeling ook in spoedgevallen alleen na schriftelijke toestemming van de patiënt informatie over hem of haar mag verstrekken aan derden. En omdat elke instelling haar eigen formulieren en elektronische standaards heeft ontwikkeld, verloopt het uitwisselen van relevante gegevens erg moeizaam.

Verder kregen we niet de indruk dat de nazorg adequaat geregeld is: psychiatrische patiënten verdwijnen vaak weer uit beeld. De ziekenhuizen in New York werken weinig met elkaar samen. Ze hebben daar namelijk ook geen belang bij, alleen om hun bedden te vullen. Doordat het uitwisselen van patiëntengegevens moeilijk is, weet men bij aanmelding vaak niets over de voorgeschiedenis van de patiënt – en als er geen nazorg

geregeld is, verdwijnt hij of zij na ontslag weer in de anonimiteit. De bureaucratie is enorm (en naar het ons voorkomt groter dan in Nederland), of het nu gaat om intercollegiaal overleg of om de betaling van zorg. Verder kregen we de indruk dat opnames kort zijn, en vaak afhangen van de verzekering van de patiënt. Geen langer ziekenhuisverblijf dan door financiën bepaald, geen poliklinische nazorg, geen sociaal-psychiatrische bemoeizorg en geen verdere verslavingszorg. Zodra patiënten het ziekenhuis verlaten moeten ze zichzelf weer zien te redden. Er is wel nazorg maar die is ad hoc geregeld of afhankelijk van een project, waardoor de continuïteit vaak ontbreekt en er helemaal geen overzicht is. Velen worden na enige tijd opnieuw opgenomen.



‘N.Y.C. DEPT. OF HOSP. SPECIAL OFFICER’

Deze karige nazorg heeft waarschijnlijk ook te maken met het Amerikaanse verzekeringsstelsel: al in de jaren tachtig berichtten tijdschriften, kranten en andere media over grootschalige *patiënt dumping* (Baker & Goldsmith, 1998; Elliott, 1993; Schiff & Ansell, 1996; 1986). Om de financiële risico's van onbetaalde behandelingen te vermijden zetten ziekenhuizen onverzekerde patiënten voortijdig op straat of verwezen hen door naar openbare of staatsziekenhuizen. In antwoord op deze ontwikkeling nam het Amerikaanse Congres in 1985 de *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* aan (Quinn e.a., 2002). Deze wet verplicht alle ziekenhuizen die gesubsidieerd worden door, of aangesloten zijn bij Medicare om patiënten die lijden aan *psychiatric or medical emergencies* ongeacht hun financiële situatie adequaat te behandelen, te stabiliseren en zonodig over te plaatsen. Sindsdien is Medicare dus een staatsverzekering die altijd de crisiszorg van onverzekerde patiënt uitbetaalt. Zoals een van de psychiaters het verwoordde: ‘Je kunt beter oud of dakloos onverzekerd zijn, dan laag verzekerd.’ Medicare betaalt voor alle patiënten die acuut in een ziekenhuis worden opgenomen, deze verzekering dekt de onverzekerde psychiatrische en somatische patiënt.

Voor mensen met een chronisch psychiatrische aandoening worden de kosten van medicijnen voor de lange duur bekostigd uit Medicaid. De

staatsverzekeringen, Medicaid en Medicare, zijn beiden afkomstig uit The Protection Act uit 2000, zij verzekeren de zorg voor de allerarmsten ongeveer 43.000.000 mensen. De verzekerde patiënten zijn echter afhankelijk van het pakket waarvoor ze verzekerd zijn, en de *lower middle class* moet genoeg nemen met een schraal zorgpakket. Nazorg voor onverzekerden en laag verzekerden is niet of nauwelijks gedekt en vindt daarom weinig plaats.

We kennen de gevaren van onze manier van werken in Nederland. Verstopte klinieken, volle poliklinieken, en een gebrek aan energie en doortastendheid van instellingen zijn er een paar van. Nu er wordt aangedrongen op het liberaliseren van de zorg en het gebruiken van de vrije markt als geneesmiddel voor onze 'verstopte' gezondheidszorg is het van groot belang om goed te weten wat je wilt behouden, en wat je wilt veranderen. De spoedeisende psychiatrie in een stad als New York laat zien wat er terechtkomt van de gezondheidszorg als ze wordt gedicteerd door de verzekeringsmaatschappijen.



Literatuur

- Baker, C.H., & T.M. Goldsmith (1998). From Triage to Transfer: HCFA's update on EMTALA. *Health Law Digest* 26, 3-14.
- Elliott, R.L. (1993). Patient dumping, COBRA and the public psychiatric hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 155-158.
- Health Insurance Portability and Accountability Act (1996). Public Law 104-109, 104th Congress, www.hhs.gov/ocr/hipaa/
- Mulder, W. (2005). De Tijdelijke Overbruggings Afdeling Amsterdam: Ervaringen met grootstedelijke acute opnames. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 383-389.
- Petit, J.R. (2004). *Handbook of emergency psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Quinn, D.K., C.M.A. Geppert & W.A. Maggiore (2002). The emergency medical treatment and active labor act of 1985 and the practice of psychiatry. *Psychiatric Services*, 53, 1301-1307.

- Schiff, R.L., D.A. Ansell, J.E. Schlosser, e.a.. (1986). Transfers to a public hospital, a prospective study of 467 patients. *New England Journal of Medicine*, 314, 552-557.
- Schiff, R.L., & D.A. Ansell, (1996). Federal anti-patient dumping provisions: the first decade. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 77-79.
- Stone, J. (2001). *Progress report On New York State's Public mental health system.*, New York: Office of Mental Health

Summary

- Mulder, W., W. Tuinebreijer, E. van den Eijnden, R. Zegerius & J. Dekker
'Emergency psychiatry in New York'
- This article describes and discusses emergency psychiatric services in New York City. Three organisational variants are distinguished, differing mainly in terms of scale. All psychiatric emergency rooms are part

of casualty departments at general hospitals. Because of the competition between them and the need to protect the privacy of patients, little cooperation takes place between the different emergency rooms. Psychiatric after-care is often grossly inadequate, as a consequence of this lack of cooperation and the shortcomings of the health insurance system in the USA. The authors warn that a similar situation threatens in the Netherlands if health care is privatised any further.

Personalia

Drs W.G. (Wijnand) Mulder (1954), psychiater, is geneesheer-directeur van Mentrum en manager van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. Adres: wijnand.mulder@mentrum.nl

Drs E.C. (Ellen) van den Eijnden (1973), psycholoog, is werkzaam bij Mentrum Polikliniek Noord en als wetenschappelijk onderzoeker bij afdeling Onderzoek Mentrum

Prof.dr J.J.M. (Jack) Dekker (1955), psycholoog, Hoofd Onderzoek Mentrum en Bijzonder hoogleraar aan de afdeling Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit

Drs W. (Wilco) Tuinebreijer (1961), psychiater, is werkzaam bij Vangnet & Advies GGD Amsterdam

R. Zegerius (1962), is hoofd Vangnet & Advies GGD Amsterdam